CONSIDÉRATIONS

N° 13

SUR

L'HYSTÉRO-TRAUMATISME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Janvier 1891

PAR

Albert BILLON

Né le 14 février 1862, à Quenoche (Haute-Saône)

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE BESANÇON

ET DE L'ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS DE DÔLE (JURA)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

> Sans doctrine, la science est impossible; ce n'est plus qu'un catalogue de faits que rien ne relie entre eux, une analyse constante, sans synthèse possible.
>
> GRASSET.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

3, Place de la Mairie, 3

1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (✲) . . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.		DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie		ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)		
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Clinique médicale		CASTAN (✲).
Clinique médicale		GRASSET.
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Opérations et appareils		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✲).
Anatomie.		PAULET (O. ✲ ✲).
Pathologie interne.		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET.
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Pathologie externe (Ch. d. c.).		ESTOR.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✲).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✲ C. ✲).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des vieillards . . .	MM.	MOSSÉ (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.
Clinique des maladies des enfants.		BAUMEL, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .		BROUSSE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. DE GIRARD	MM. TRUC	MM. SARDA
BLAISE	GERBAUD	ESTOR
BAUMEL	GILIS	HÉDON
VILLE	BOINET	LECERCLE
FORGUE	BROUSSE	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRASSET, *président.*
JAUMES, *professeur.*
SARDA, *agrégé.*
TRUC, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A mon Père et à ma Mère

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GRASSET

A Monsieur le Docteur FRILLEY

MÉDECIN PRINCIPAL DE PREMIÈRE CLASSE
DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DU 16e CORPS D'ARMÉE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de profonde reconnaissance
et de respectueux dévouement.

A MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

A. BILLON

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (✻) . . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie		ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)		
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Clinique médicale		CASTAN (✻).
Clinique médicale		GRASSET.
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Opérations et appareils		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Anatomie.		PAULET (O. ✻ ✻).
Pathologie interne.		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET.
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Pathologie externe (Ch. d. c.).		ESTOR.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des vieillards . . .	MM.	MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.
Clinique des maladies des enfants.		BAUMEL, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .		BROUSSE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. DE GIRARD	MM. TRUC	MM. SARDA
BLAISE	GERBAUD	ESTOR
BAUMEL	GILIS	HÉDON
VILLE	BOINET	LECERCLE
FORGUE	BROUSSE	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRASSET, *président.*
JAUMES, *professeur.*
SARDA, *agrégé.*
TRUC, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A mon Père et à ma Mère

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GRASSET

A Monsieur le Docteur FRILLEY

MÉDECIN PRINCIPAL DE PREMIÈRE CLASSE
DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ DU 16e CORPS D'ARMÉE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de profonde reconnaissance
et de respectueux dévouement.

A MES MAITRES

MEIS ET AMICIS

A. BILLON

INTRODUCTION

On peut dire que, dans toutes les questions qui constituent l'ensemble de la neuropathologie, les opinions les plus diverses et les plus contradictoires se sont fait jour, les théories les plus opposées ont été émises par les différents observateurs qui les ont étudiées.

Mais parmi ces questions, il en est peu qui aient été plus controversées que celle de l'hystéro-traumatisme et il n'en est peut-être pas qui ait, plus que celle-là, provoqué les expériences et les investigations des chercheurs. Et aujourd'hui encore, malgré le grand nombre des travaux auxquels a donné lieu l'histoire de cette maladie dans ces dernières années, il serait bien difficile d'en tracer une bonne monographie et d'en fixer définitivement le tableau nosologique. Pourtant, dans tous les pays, les publications médicales, les comptes-rendus des Sociétés savantes, les travaux des Congrès scientifiques sont pleins d'observations, d'analyses et de discussions sur les rapports qui existent entre le traumatisme et les manifestations de l'hystérie.

C'est qu'aussi le sujet est bien fait pour stimuler le zèle des observateurs et la verve des écrivains. Il soulève les pro-

blèmes les plus complexes et les plus irritants de la pathologie nerveuse, tant au point de vue de l'interprétation pathogénique des faits qu'à celui du diagnostic différentiel avec maintes affections chirurgicales, et aussi de la conduite thérapeutique à tenir. C'est ici, plus que partout ailleurs, qu'il est important de songer au vieil adage : *Primo non nocere.*

Combien est intéressante encore la question, si on la considère dans ses rapports avec la médecine légale ! En effet, si l'on envisage l'hystéro-traumatisme à ce point de vue, ou pour parler plus exactement, au point de vue de la responsabilité morale, pécuniaire et même pénale, on peut se convaincre que les troubles consécutifs aux traumatismes, et plus spécialement aux grandes catastrophes comme les accidents de chemins de fer, intéressent au plus haut point non-seulement les neurologistes et les psychologues, mais encore les jurisconsultes et le public tout entier.

Ce côté de la question a surtout acquis une importance capitale dans ces dernières années, car les accidents de chemins de fer ont malheureusement fourni aux cliniciens de trop nombreux sujets d'observation, et l'on sait quelle place énorme occupe l'hystéro-traumatisme dans le bilan nosologique de ces catastrophes. A n'envisager le sujet que sous ce rapport, il y aurait déjà matière à d'amples discussions, et l'on sait combien la solution de ce grave problème a passionné les médecins, et surtout les médecins Anglais et Américains.

Laissant de côté ce chapitre médico-légal de la question

et me restreignant à la partie purement clinique, voyons si nous sommes plus avancés sous ce rapport. Eh bien, il faut avouer qu'il n'en est rien, car si l'on parcourt les annales de la psychiâtrie dans les cinq années qui viennent de s'écouler, on pourra facilement se convaincre que nous sommes encore loin de posséder une description parfaite de cette névrose et de connaître le dernier mot de la science sur cette affection. Cependant, nombreux déjà sont les documents, et on pourrait faire une longue liste des monographies, des études critiques, des leçons magistrales qui lui ont été consacrées dans le monde scientifique tout entier.

Entre autres publications remarquables et remarquées, l'hystéro-traumatisme nous a valu, pour ne parler que de notre pays, les thèses si scrupuleusement étudiées de MM. Berbez, Bataille, Thuyssen, tous élèves de la Salpêtrière, les leçons si intéressantes et d'un esprit si personnel faites par M. le professeur Grasset à l'hôpital Saint-Éloi, et enfin maints chapitres consacrés à cette étude par Charcot, soit dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux,* soit dans ses *Leçons du mardi,* soit encore dans différentes publications périodiques, et en particulier dans le *Progrès médical.*

A l'étranger, d'autres doctrines se sont établies ; et, sans parler des auteurs américains qui, avec leur esprit pratique, n'ont voulu retenir de la question que le côté matériel et qui n'y ont vu que les milliers de dollars à donner ou à recevoir, il s'est fondé des écoles rivales de celle de la Salpêtrière, du

moins en ce qui concerne l'interprétation des phénomènes morbides de l'hystéro-traumatisme. Sous ce rapport, M. Grasset, dans ses *Leçons cliniques de Saint-Éloi,* range les opinions en trois groupes différents représentés par l'école Anglaise, l'école Allemande et l'école Française, cette dernière se confondant, pour lui, avec la Salpêtrière. Mais il me semble que, tenant compte des idées nouvelles et absolument originales qu'a apportées M. Grasset lui-même dans la question, et, — qu'on me passe l'expression, — du **schisme** qu'il a créé dans l'école Française par rapport à la doctrine de M. Charcot au sujet de l'étiologie, la pathogénie et la nature même de l'hystéro-traumatisme, il me semble, dis-je, qu'il serait juste d'établir aujourd'hui un quatrième groupe, l'*École de Montpellier,* personnifiée par M. Grasset. Quoi qu'il en soit, c'est à cette doctrine que j'ai l'honneur de me rallier, et c'est en m'inspirant des savantes leçons de ce maître éminent que j'aborde ce travail.

La symptomatologie, le diagnostic et le traitement de l'hystéro-traumatisme ont été trop bien et trop complètement étudiés par M. Berbez dans sa thèse inaugurale, pour que j'aie rien à y ajouter. Quant au côté médico-légal, je le répète, je n'ai ni la compétence ni les données nécessaires pour l'étudier. — Ayant eu, grâce à l'obligeance de M. le professeur Grasset, la bonne fortune de recueillir dans son service une intéressante observation d'hystéro-traumatisme, je me propose simplement de venir la joindre aux pièces du procès actuellement pendant.

Cette observation est suivie de considérations personnelles sur l'étiologie, l'anatomie pathologique et sur la pathogénie de l'hystéro-traumatisme. Ne partageant pas entièrement les théories de M. Charcot à ce sujet, — théories qui ont été longuement et très clairement exposées d'abord, en 1887, dans la thèse de M. Berbez, et ensuite, en 1889, dans celle de M. Georges Guinon, — j'ai cru devoir présenter mes idées personnelles sur la question en litige et faire valoir les arguments qui militent en faveur de la théorie que j'oppose à celle de la Salpêtrière.

Si jamais ces lignes viennent à tomber sous les yeux de M. le professeur Charcot, d'avance je le prie de vouloir bien me pardonner l'opposition que je fais à ses doctrines ; trop heureux serais-je d'ailleurs si, par ce modeste travail, je pouvais contribuer pour une faible part à la solution des problèmes qu'ont soulevés les admirables travaux de cet illustre maître.

Il eût été assurément bien intéressant de passer en revue les diverses considérations qu'aurait nécessitées une étude d'ensemble sur l'hystéro-traumatisme. Mais, sans compter que les questions de ce genre présentent des difficultés que mon inexpérience ne saurait convenablement résoudre, il s'est rencontré des circonstances — extra-médicales — tout à fait indépendantes de ma volonté, qui ne m'ont pas permis de traiter le sujet avec autant de développements que je l'aurais voulu et qu'il l'eût mérité.

Je prie mes juges de ne pas m'en tenir rigueur, et de

m'accorder toute l'indulgence que réclament les imperfections de ce travail forcément incomplet.

Mais avant d'aborder mon sujet, il me reste un devoir bien cher à remplir : c'est d'abord d'adresser à M. le professeur Grasset, dont les savantes leçons et les conseils éclairés m'ont permis de mener à bien la confection de ce travail, l'expression de ma profonde reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'il n'a cessé de me témoigner au cours de mon stage hospitalier et pour l'honneur qu'il me fait aujourd'hui en acceptant la présidence de ma thèse.

Et avant de quitter définitivement les bancs de cette Ecole, où des circonstances fortuites m'avaient amené, et où j'ai été retenu et charmé par un enseignement aussi élevé que pratique, je dois adresser le témoignage de ma vive gratitude et de mon respectueux attachement aux maîtres distingués qui m'ont appris le meilleur de ce que je sais et qui m'ont sans cesse montré que, — comme l'a dit si justement un des plus éminents d'entre eux, — « *toutes les grandes découvertes de la* » *médecine contemporaine peuvent encore être acceptées et ensei-* » *gnées par* LES VITALISTES *de Montpellier* (1) ». Aussi je serai fier de ce titre de Docteur de la Faculté de Montpellier que je viens solliciter aujourd'hui, et c'est en disciple aussi convaincu que reconnaissant que je saurai à l'occasion défendre la doctrine de cette chère et vieille Ecole.

Enfin, quoique loin déjà du début de mes études, je ne

---

(1) Grasset. — Traité des maladies du système nerveux.

saurais oublier mes maîtres de l'Ecole et des hôpitaux de Besançon, qui ont guidé mes premiers pas dans la science médicale, et qui ont su m'en inspirer le goût et le désir de m'y perfectionner. Je les prie de vouloir bien agréer mes sentiments les plus reconnaissants et les plus dévoués. C'est sous les auspices de M. le docteur Bécoulet, directeur de l'Asile départemental d'aliénés du Jura, que j'ai fait mes débuts dans l'étude des maladies nerveuses. Et si j'ai été attiré plus spécialement vers la neuropathologie, c'est à cet honoré maître que je le dois. Qu'il daigne agréer ce faible témoignage de ma profonde reconnaissance !

CONSIDÉRATIONS

SUR

L'HYSTÉRO-TRAUMATISME

OBSERVATION

(Personnelle)

Coups de massue sur la tête : *Fracture du temporal. — Aphasie transitoire, puis hémianesthésie droite, sans paralysie absolue. - Stigmates hystériques. - Guérison complète par l'aimant.*

I.— M... Florent, 51 ans, cultivateur, entré le 4 mars 1889 à l'hôpital Saint-Eloi, d'abord dans le service de chirurgie, puis dans le service médical de M. le professeur Grasset.

Le 25 décembre dernier, à 11 heures du soir, M... fut attaqué pendant son sommeil par des malfaiteurs : il reçut d'abord plusieurs coups de fourche dans la joue droite ; puis, dans la fosse temporale gauche, des coups de massue qui déterminèrent une fracture du crâne avec enfoncement. M... ne s'était pas éveillé et fut laissé pour mort, car une hémorragie considérable s'était produite et avait entraîné une syncope.

Transporté le lendemain matin à l'hôpital de Pézenas, M... ne reprit connaissance qu'au bout de quatre jours.

Voici, d'après son récit, quelle était sa situation à ce moment. Il avait une aphasie complète ; la vue de l'œil gauche avait totalement disparu, tandis que l'œil droit était intact. Pas d'hémianesthésie, ou du moins le malade prétend qu'il n'y en avait pas à ce moment.

Et depuis, la parole est revenue peu à peu, tandis qu'au contraire, les autres sens s'émoussaient progressivement. L'amblyopie de l'œil gauche est toujours absolue ; quant à l'œil droit, qui était sain après l'accident, il faiblit de plus en plus.

L'oreille gauche a d'abord été le siège de bourdonnements intermittents, puis la surdité est arrivée peu à peu et elle est complète depuis quelque temps. Dans l'oreille droite, l'audition a persisté, mais elle paraît aussi bien affaiblie. Le goût et l'olfaction, d'après le sujet, seraient complètement abolis.

Le médecin de l'hôpital de Pézenas, après avoir essayé sans succès plusieurs modes de traitement, et entre autres l'application d'un séton à la nuque, s'est décidé à envoyer son malade à Montpellier.

Antécédents héréditaires et personnels. — Absolument nuls ; les parents de M... sont morts âgés et ils se portaient bien ; d'après lui, il n'y a jamais eu de névropathes dans sa famille. Lui-même s'est toujours bien porté jusqu'à son accident : i n'avoue ni alcoolisme, ni syphilis, et l'examen direct semble lui donner entièrement raison.

a) Examen général. — Le sujet est robuste, bien découplé et d'une musculature très convenable. Teint coloré, peau bronzée par le soleil.

On observe au sommet de la tête une cicatrice allongée qui résulte d'une blessure du cuir chevelu faite par une balle pendant la guerre de 1870. Deuxième cicatrice transversale

au-dessus de la pommette droite ; elle provient de la plaie qu'ont déterminée les coups de fourche de ses agresseurs. Enfin, nous constatons à la tempe gauche une troisième cicatrice violacée, transversale, de 15 à 20 millimètres d'étendue ; et par la palpation, on sent sous les téguments une dépression, un enfoncement de la paroi osseuse au niveau de la crête du temporal ou plus exactement *au niveau de la suture sphéno-temporale*. Cette dépression a la forme d'un croissant à convexité supérieure, dont le diamètre correspond à celui d'une pièce de cent sous.

Au point de vue encéphalique, cette fracture de la boîte osseuse doit correspondre au pied de la circonvolution frontale ascendante, à l'extrémité inférieure de la scissure de Rolando et à la portion de la scissure de Sylvius, qui se trouve en arrière de l'insula. Le centre moteur du langage se trouvant donc intéressé dans cette lésion, l'aphasie nous est nettement expliquée par les signes tirés de l'anatomie pathologique.

b) Troubles psychiques. — M... affecte une attitude timide, un peu embarrassée ; on dirait qu'il est honteux d'être ici. Il baisse les yeux, répond à voix basse et presque sans desserrer les dents. En un mot, il a, au premier abord, la physionomie d'un enfant pris en faute. Puis il s'enhardit peu à peu, s'anime au récit qu'il nous fait, et finalement il raconte assez bien son histoire.

Or, à notre première entrevue, nous pensâmes avoir affaire à un hystéro-traumatique atteint d'une hémianesthésie droite avec aphasie transitoire et divers troubles des organes des sens. Nous avions été frappés, en effet, par le rapport qui existait entre le traumatisme initial et les phénomènes nerveux qui avaient suivi, accompagnés des stigmates caractéristiques.

Puis un examen plus attentif du malade nous inspira des doutes au sujet de sa sincérité ; et alors, ayant dirigé notre enquête dans ce sens, nous arrivâmes à nous convaincre que certains symptômes accusés par M... étaient sinon simulés, du moins exagérés par lui. D'ailleurs, dans l'hypothèse de l'hystéro-traumatisme, ce besoin d'exagérer les choses ne ferait que confirmer notre diagnostic.

A ce signe psychique, il s'en joint un autre, à savoir l'excessive émotivité du malade. Pour les motifs les plus futiles, à la moindre contrariété — si par exemple on semble exprimer des doutes au sujet de sa véracité — il s'émeut tout-à-coup, les larmes lui viennent aux yeux et l'empêchent de parler. A plusieurs reprises, il a demandé à sortir de l'hôpital, tantôt parce qu'on le soumettait, disait-il, à de trop nombreuses investigations, tantôt parce qu'on ne s'occupait pas assez de lui.

Ajoutons enfin un dernier trait caractéristique et bien mis en lumière par M. Grasset à propos de l'hystérie : c'est l'étonnante variabilité du tableau séméiologique. Les phénomènes qu'on observe ici sont, il est vrai, d'une fixité et d'une ténacité absolue dans le fond, mais ils varient d'une minute à l'autre dans leur intensité et dans leur étendue.

Notre opinion étant donc bien établie sur ces différents points, et faisant la part de l'exagération, nous allons passer en revue les phénomènes que présente notre malade, en ayant soin d'attribuer à chacun d'eux le crédit qui nous semblera devoir lui revenir.

c) Symptomes généraux. — L'attitude ordinaire de M... est, avons-nous dit, très affaissée. Il paraît généralement triste et reste le plus souvent seul à côté de son lit. La timidité mise à part, le facies ne présente rien de particulier ;

les traits du visage sont normaux, et la musculature n'en paraît nullement altérée.

La démarche semble difficile et hésitante : le malade se sert d'une canne pour marcher, et il traîne la jambe droite. Il est incapable, sans point d'appui, de se tenir immobile sur un pied.

Il prétend être sujet, depuis son accident, à des vertiges presque continuels : il lui semble toujours qu'il va tomber en avant Cela lui est d'ailleurs arrivé plusieurs fois depuis son entrée à l'hôpital, et tout récemment encore au moment où il se levait de sa chaise pour aller dans la salle. Ces vertiges se produisent aussi bien quand il est couché : il croit alors qu'il va tomber de son lit s'il ne se tient pas juste au milieu.

La force musculaire de l'un et de l'autre bras paraît considérablement diminuée ; les recherches faites à l'aide du dynamomètre ont toujours donné les mêmes résultats :

Main droite, 5 kilogr. ; main gauche, 19 kilogr. (1).

Remarquons que le sujet n'est pas gaucher.

Au point de vue purement algésique, M... ne ressent et n'a jamais ressenti aucune douleur. Pas de céphalée ni de névralgies. Malgré les recherches les plus minutieuses, on ne trouve sur la surface du corps aucune plaque d'hypersthésie cutanée ou profonde, pas plus que de zones hystérogènes.

Même remarque à l'égard des contractures, dont on ne trouve pas trace. Tout au plus peut-on dire qu'il y a un peu de raideur dans l'articulation du genou des deux côtés ; les jambes ne peuvent être fléchies qu'incomplètement sur les cuisses. Malgré ces conditions défectueuses, on note une

---

(1) Il faut noter que le dynamomètre dont nous nous servions accuse, pour un homme de force moyenne, de 40 à 45 kilogr. à la main droite.

légère exagération des réflexes rotuliens ; mais on a beau prolonger pendant assez longtemps la percussion des tendons, on n'arrive pas à déterminer la trépidation épileptoïde.

d) Hémianesthésie. — Le phénomène qui est sans contredit le plus accentué et qui frappe le plus l'attention chez notre malade, c'est l'hémianesthésie du côté droit, avec anesthésie d'une bonne partie de la tête et principalement de la face. Les recherches et les expériences les plus minutieuses ont été faites à maintes reprises pour arriver à déjouer la simulation ou, pour parler plus exactement, l'exagération qui était à craindre de la part de notre homme. Mais toujours et invariablement, le malade a indiqué les mêmes limites, ce qui eût été facile sans doute pour l'hémianesthésie, mais à coup sûr très difficile pour la face.

C'est ici que nous devons donner quelques explications au sujet de l'instabilité dont nous parlions plus haut. Les frontières de l'anesthésie présentent assurément, surtout à la face, une configuration invariable, et leurs contours ont continuellement le même aspect. Mais l'étendue du territoire anesthésié varie d'un moment à l'autre : on dirait une tache d'huile qui tantôt avance, tantôt recule, en formant constamment la même figure.

Pour ce qui concerne l'anesthésie de la face, on constate qu'à droite il n'y a d'intact que le domaine du nerf maxillaire supérieur ; à gauche, l'anesthésie est plus restreinte, elle n'a envahi qu'une portion des territoires innervés par la branche ophtalmique et le maxillaire inférieur.

La région postérieure de la tête présente au contraire une hémianesthésie gauche qui alterne avec celle du côté droit du corps ; par conséquent, le siège de l'anesthésie correspondrait donc à l'hémisphère cérébral qui a été lésé.

Passons maintenant à l'hémianesthésie proprement dite.

La perte de la sensibilité à droite n'est pas limitée exactement par la ligne médiane du corps : en avant, elle empiète légèrement sur le côté gauche, surtout en haut, vers le sternum, et cet empiètement diminue d'autant plus qu'on se rapproche davantage de la région pubienne. Par contre, en arrière, l'anesthésie droite ne va pas tout-à-fait jusqu'à la crête rachidienne, si ce n'est vers le sacrum, car la fesse gauche, à sa racine, n'est pas sensible comme le reste.

Les caractères de cette hémianesthésie sont typiques : elle est d'abord cutanée et profonde, et d'autre part tactile, algésique et thermique. On peut enfoncer des épingles, appliquer des pointes de feu, provoquer des chatouillements dans tout le côté droit du corps sans que le sujet manifeste la moindre sensation ; il prétend ne pas sentir qu'on le touche.

Enfin le *sens musculaire* est entièrement aboli à droite ; et ce ne sont pas seulement les impressions kinesthétiques de position, d'effort et de pesanteur qui sont perdues de ce côté, mais encore la conscience même de cette moitié de l'être, de cette partie du *moi ;* en un mot, M... a perdu la notion de l'existence du côté droit. Si on lui ferme les yeux et qu'on change son bras ou sa jambe de place, il ne sait dire où se trouve son membre. De même, il est incapable d'apprécier la notion de poids, et il ne distingue pas un poids de 100 grammes d'un autre de plusieurs kilogrammes.

Pourtant, les yeux fermés, il prend assez bien avec la main droite des ciseaux, une cuiller, une plume, une épingle, mais il ne reconnaît pas l'objet qu'il a entre les doigts.

Mais si le sens musculaire est aboli à droite, la *volition des mouvements à exécuter* persiste tout entière ; en d'autres termes, quoique le discernement des phénomènes musculaires n'existe plus chez notre malade, il a néanmoins conservé la faculté de transmettre aux muscles les ordres émanés du

cerveau : les communications centripètes sont interrompues, mais il reste les communications centrifuges. Pour tout dire en un mot, il n'y a pas d'hémiplégie à droite, et bien que la motilité n'y soit plus tout entière, il n'y a pas ce qu'on appelle communément *paralysie,* il y a seulement une *hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète, cutanée et profonde, avec perte absolue de la conscience musculaire.* Ainsi le malade exécute tous les mouvements qu'on lui ordonne de faire, mais il les exécute lentement, avec peine et comme à tâtons ; de plus, quand on lui ferme les yeux, les mouvements sont désordonnés et il est incapable, sans l'aide des renseignements fournis par la vue, d'approprier ses actes musculaires au but à atteindre.

Il semble inutile d'ajouter qu'on ne trouve pas trace de paralysie de la vessie ni du rectum : les sphincters fonctionnent normalement.

Quant au côté gauche, bien qu'il ne soit pas le siège d'une anesthésie vraie, on y remarque une certaine obnubilation de la sensibilité. Les sensations algésiques en particulier y sont émoussées, et le sujet ne se plaint pas quand on le pique de ce côté avec une épingle ; il déclare seulement qu'il sent la piqûre et désigne le plus souvent l'objet avec lequel on le pique. En outre, il éprouve souvent dans la main et dans la jambe gauches des fourmillements et quelquefois même de l'engourdissement.

Passons maintenant à l'examen des troubles particuliers.

e) Aphasie. — L'aphasie, qui avait été la conséquence immédiate du traumatisme, a duré quinze jours encore après l'accident. Puis le malade a recouvré peu à peu l'usage de la parole, mais il lui arrive encore quelquefois de *broncher* en parlant, c'est-à-dire de ne pas trouver ses mots ou de dire un mot pour un autre.

f) Vision. — Pas de blépharoptose ni de strabisme ; les

réflexes palpébraux sont intacts. Il n'en est pas de même pour la sensibilité de la sclérotique et de la cornée, qui est très émoussée, surtout à gauche.

Nous avons vu que, consécutivement à l'accident du 25 décembre, il était survenu une amblyopie complète de l'œil gauche, et que l'œil droit, d'abord intact les premiers jours, avait faibli peu à peu, à tel point qu'aujourd'hui M... prétend qu'il n'y voit que pour se conduire.

Quand on lui ferme l'œil droit, il déclare qu'il ne distingue pas la lumière de l'obscurité ; toutefois, la pupille s'adapte également bien à la lumière et à l'accommodation, un peu plus lentement peut-être à gauche qu'à droite. Pupilles égales, mais légèrement dilatées.

Voici d'ailleurs le résultat de l'examen qui a été pratiqué le 21 mars (1) :

Acuité visuelle { OG = zéro ; le malade ne distingue pas même la lumière. / OD = compte les doigts à 25 centimètres (après atropinisation).

Le champ visuel excessivement rétréci ne peut être délimité avec une grande exactitude. Pas de dyschromatopsie ni de polyopie. La macropsie et la micropsie qu'on rencontre assez fréquemment dans l'hystérie n'ont pas été recherchées.

Examen ophtalmoscopique. — Milieux transparents. La distribution pigmentaire est irrégulière ; les artères grêles, les

---

(1) Cet examen a été pratiqué par M. le professeur-agrégé Truc, chef du service d'ophtalmologie. Je le prie de recevoir l'hommage de ma vive gratitude, pour le bienveillant intérêt qu'il n'a cessé de me témoigner pendant mon stage dans son service hospitalier : ce que je sais en oculistique, c'est à lui que je le dois.

veines assez volumineuses indiquent un état congestif ancien. La papille est grisâtre.

En résumé, *atrophie optique lègère* incontestable, plus marquée à gauche.

(g Audition. — Pas de signes absolus, indiscutables, en ce qui concerne l'audition. Le pavillon de l'oreille gauche est complètement anesthésié, tandis qu'à droite la sensibilité est conservée. Anesthésie totale du conduit auditif externe des dèux côtés. De l'oreille gauche s'écoule chaque matin un liquide muco-purulent en petite quantité.

M... prétend ne rien entendre du côté gauche, sauf des bourdonnements « comme un bruit de chemin de fer. » Mais on arrive, par divers artifices, à se convaincre qu'il exagère et qu'à certains moments il doit percevoir avec cette oreille les sons un peu élevés.

L'oreille droite elle-même serait un peu dure, et pour que le sujet entende le tic-tac d'une montre, il faut qu'elle soit appliquée contre le pavillon ou le rocher.

D'ailleurs, pour l'appareil de l'audition, nous n'avons pu faire un examen direct.

h) Olfaction. — Les vapeurs ammoniacales nous permettent de constater que la sensibilité de la muqueuse nasale persiste entièrement. Cependant, si on en croit ses dires, le malade ne percevrait aucune odeur.

i) Gout. — Par contre, il nous semble que ses assertions au sujet de l'abolition du goût sont exactes ; la sensibilité gustative et la sensibilité tactile de la langue paraissent abolies des deux côtés et le sujet supporte sans faire la moindre grimace l'application sur la muqueuse linguale de teinture de coloquinte et d'une solution concentrée de quinine ; il n'en distingue pas l'amertume. Ces troubles indiqueraient donc

des perturbations psychiques ou autres du côté des nerfs lingual et glossopharyngien, ou de leurs origines centrales.

Mais le grand hypoglosse ou ses foyers encéphaliques participeraient également à ces désordres. En effet, ce qui frappe tout d'abord dans l'examen de la cavité buccale, c'est l'impossibilité dans laquelle est le malade d'avancer sa langue plus loin que les arcades dentaires, et cela, sans qu'il y ait aucune déviation ni d'un côté ni de l'autre.

Or, on sait combien sont rares les paralysies de la face ou de la langue dans l'hystérie et même dans l'hémiplégie hystérique (1).

k) Anesthésie pharyngée. — Enfin signalons un dernier stigmate, et non le moins important au point de vue du diagnostic. C'est l'anesthésie complète de la muqueuse de l'isthme du gosier ; elle est telle que l'on peut promener le doigt ou bien une cuiller sur toute la région épiglottique sans provoquer aucune nausée. Et notons bien que le sujet n'a jamais pris de bromure de potassium.

En résumé, nous sommes en présence d'un tableau symptomatique bien complexe, dans lequel il est assurément fort difficile de débrouiller les phénomènes objectifs, indiscutables, des troubles artificiels accusés par le malade. Cependant, en faisant la part très large à l'exagération, il reste encore un certain ensemble de faits cliniques dont on ne saurait nier la

---

(1) Pour M. Charcot (d'accord en cela avec Mitchell-Althauss et Todd Hasse, mais contrairement à l'avis de Helot et Lebreton), la paralysie faciale ne se rencontrerait jamais dans l'hémiplégie hystérique. Il reconnaîtrait seulement l'existence d'un spasme musculaire d'une moitié de la face et de la totalité de la langue, et il a donné à ce phénomène le nom d'*hémi-spasme glosso-labié*. Brodie avait déjà signalé le fait dans ses *leçons sur les affections nerveuses locales*. Mais je n'ai rencontré nulle part, dans l'hystéro-traumatisme, cette parésie de la langue sans déviation.

valeur. Or, si l'on veut bien remarquer la corrélation qui existe entre ces phénomènes morbides, ces stigmates et le traumatisme qui les a précédés immédiatement, on peut à coup sûr poser le diagnostic d'hystéro-traumatisme.

II. — Traitement. 26 mars. — Après avoir examiné le malade à fond, M. le professeur Grasset en vint à penser que l'application d'un aimant contre le côté hémianesthésié pourrait mettre en évidence certains symptômes restés obscurs jusqu'à ce moment ou provoquer des phénomènes de transfert, et que d'ailleurs cette application ne pourrait avoir, au point de vue thérapeutique, qu'une influence favorable sur la marche et sur l'issue de la maladie. En conséquence, le 26 au matin, après la visite, on place un gros aimant dit de Charcot contre le côté droit du thorax de notre sujet.

Vers 6 heures du soir, c'est-à-dire neuf heures après la mise en place de l'aimant, M... commence à sentir dans le côté droit et surtout à la ceinture des fourmillements, de petits frissons à fleur d'épiderme. Ces picotements, assez désagréables, persistent toute la nuit, et en même temps les vertiges qui obsédaient sans cesse le malade semblent s'atténuer et disparaître.

27 mars. — Le lendemain matin à la visite, c'est-à-dire moins de 24 heures après l'application de l'aimant, nous constatons (avec une certaine surprise, il faut l'avouer) les modifications suivantes : tout d'abord l'aspect de M... n'est plus sombre comme auparavant ; au contraire, il est tout joyeux de l'amélioration rapide qu'a déterminée chez lui ce mode de traitement ; et comme il avait cru remarquer que l'appareil produisait son effet curatif surtout dans les points qui étaient en contact immédiat avec lui, il l'a lui-même changé de place et l'a appliqué contre le côté gauche de sa tête, dans l'espoir que cela ranimerait les fonctions de l'œil et de l'oreille gauches.

Cela nous montre donc que l'aimant n'est pas resté en place plus de 15 à 20 heures là où nous l'avions mis, à savoir contre le côté hémianesthésié. Quoi qu'il en soit, on voit déjà que, en ce qui concerne l'état mental de notre malade, l'effet suggestif produit par l'aimant a été considérable.

Mais revenons aux phénomènes somatiques. A cet égard, les résultats obtenus sont très appréciables, et nous avouons franchement qu'ils ont de beaucoup dépassé notre attente. En effet, la sensibilité cutanée a reparu à droite par plaques plus ou moins étendues suivant les régions, mais principalement à l'avant-bras, à l'épichondre et à la cuisse. Le sujets ent fort bien lorsqu'on le touche ou qu'on le pique dans ces points-là. Même réintégration du sens musculaire : les yeux fermés, M... indique assez exactement dans quelle position on met son bras, et nous savons qu'hier il était incapable de nous le dire.

Il n'y a aucune trace de transfert au côté gauche.

Ajoutons enfin que la pupille droite est sensiblement plus dilatée que la gauche. Rien de changé partout ailleurs.

28 mars. — L'aimant est en place depuis 48 heures. L'amélioration a continué et nous assistons à une véritable résurrection des fonctions non-seulement sensitives, mais encore sensorielles. Les plaques de la sensibilité *de retour* se sont étendues comme des taches d'huile et l'hémianesthésie perd de plus en plus de terrain en reculant vers la ligne médiane du corps. Quand on jette les yeux sur les dessins schématiques qui ont été faits et dans lesquels les territoires anesthésiés sont représentés par des hâchures grisâtres, on voit que l'aimant *blanchit* de plus en plus ce côté droit, à commencer par l'endroit où s'opère le contact.

Toutefois, l'anesthésie de la face et de toute la tête reste rebelle. Mais c'est l'œil droit qui semble retirer le plus grand bénéfice de ce traitement. M... distingue bien mieux que ces

jours derniers les objets environnants ; en même temps, nous constatons que le champ visuel s'est notablement élargi, tout en conservant la même configuration qu'auparavant, ce qui est visible sur le schéma. Ainsi, tandis qu'il y a trois jours le malade ne pouvait, en fixant le nez d'une personne, apercevoir que le côté droit du visage et à peine l'oreille droite, aujourd'hui il voit non-seulement le visage tout entier, mais encore la main placée à dix centimètres environ du côté droit de la tête, et l'autre main appliquée sur l'oreille gauche. D'où il faut conclure que le champ visuel de l'œil droit est augmenté de plus du double.

Pas de résultats appréciables pour l'oreille droite ni pour les organes du côté gauche.

29 mars. — Nous n'observons toujours pas de transfert à gauche. Mais les troubles du côté droit et en particulier l'hémianesthésie tendent à disparaître de plus en plus. De l'hémianesthésie droite il ne reste plus qu'un manchon parfaitement limité au pied et à la main, en forme de gant et de brodequin. Cela nous prouve clairement que ce phénomène bizarre, ce paradoxe anatomique de la répartition segmentaire de l'anesthésie se manifeste non seulement à la période d'invasion des troubles sensitifs, mais encore au moment de leur disparition sous l'influence du traitement par l'aimant. En effet, la sensibilité de retour, au lieu d'obéir aux lois de la physiologie et de réapparaître exclusivement dans le domaine d'un ou de plusieurs nerfs, s'arrête à une ligne nettement circulaire, à la ligne de désarticulation du poignet et de la cheville, de telle sorte que l'anesthésie n'occupe plus que la main et le pied droits.

Partout ailleurs, la sensibilité a reparu, à tel point que le sujet perçoit très bien les deux pointes d'un compas écartées de 4 à 5 centimètres et appliquées sur le bras ou sur la

jambe, perpendiculairement au trajet des principales branches nerveuses.

En même temps la force musculaire a augmenté dans une notable proportion. Voici l'ensemble des résultats obtenus à l'aide du dynamomètre :

	21 mars (avant l'aimant)	29 mars (après l'aimant)
Main droite. . .	5 kilog.	15 kilog.
Main gauche . .	19 —	25 —

De même, le sens musculaire est récupéré peu à peu : les notions de pesanteur, d'effort et de position sont plus nettes.

Arrivons maintenant à la face. Ici l'anesthésie semble plus rebelle et elle paraît n'avoir reculé que de quelques centimètres. Notons que le territoire anesthésié conserve toujours la même configuration, seulement il est moins étendu ; c'est absolument comme une plage à marée basse ou à marée haute, dont les contours offrent les mêmes reliefs.

Pour l'œil droit, il est bien difficile de juger s'il y a une nouvelle amélioration au bout de 24 heures, mais il est certain que l'état satisfaisant d'hier s'est au moins maintenu. Nous serons d'ailleurs fixés à cet égard par l'examen ophtalmoscopique qui doit être pratiqué demain.

L'audition revient progressivement à l'oreille droite. — Enfin le goût et l'olfaction, qui avaient jusqu'à présent résisté à l'action de l'aimant, commencent à participer à l'amélioration générale : en effet, le malade perçoit les odeurs fortes, et, d'autre part, si on lui verse sur la langue quelques gouttes de teinture de coloquinte ou de quinine, il en reconnaît parfaitement l'amertume différente.

Cependant, il est toujours incapable d'avancer la langue au-delà des arcades dentaires.

30 mars. — Pendant les dernières 24 heures qui viennent

de s'écouler, l'aimant à produit des effets moins manifestes que durant les trois premiers jours. Cela est tout naturel, car l'hémianesthésie n'occupant plus que des territoires très restreints et très éloignés l'un de l'autre, il s'ensuit que l'aimant ne peut pas être en contact avec ces trois régions à la fois, la tête, la main et le pied droits.

On constate pourtant que la sensibilité de retour a gagné encore un peu de terrain à la face dorsale de la main; les parties qui restent anesthésiées représentent assez bien un gant à moitié ôté. Au pied droit, le brodequin persiste, sauf dans la portion de la face plantaire qui se trouve en avant de l'articulation métatarso-phalangienne.

A la face, le retour de la sensibilité ne s'effectue toujours que lentement : on dirait même qu'il s'est produit une sorte de transfert partiel du côté gauche, car l'anesthésie semble avoir empiété légèrement sur le domaine du nerf maxillaire supérieur de ce côté, qui était resté jusqu'ici indemne.

Nous remarquons une amélioration progressive dans les fonctions de l'œil droit : le champ visuel semble récupérer peu à peu son amplitude normale. Par contre, l'amblyopie est toujours complète à gauche, bien qu'on y remarque l'adaptation de l'iris à la lumière et à la distance. Voici le tableau comparatif de l'acuité visuelle prise avant le traitement et après :

		21 mars	30 mars
VOG	=	zéro	zéro
VOD	=	$\frac{1}{50}$, à peu près	$\frac{1}{3}$

Les autres sens paraissent être également en voie d'amélioration, sauf pour l'oreille gauche, où la surdité est aussi absolue qu'auparavant.

En outre, on observe aujourd'hui que l'anesthésie pharyngée a beaucoup diminué : on ne peut plus promener le doigt au fond de la bouche sans provoquer des nausées.

En résumé, les phénomènes qui se sont produits sous l'influence de l'aimant sont dignes d'attirer l'attention. Après 20 heures seulement de l'application de ce moyen, l'hémianesthésie a commencé à céder, elle a reculé progressivement, et, au bout de 4 jours, la sensibilité était revenue dans tout le côté droit, sauf à la main et au pied. De plus, il y a une grande augmentation de la force musculaire.

Mais, contre notre attente, il ne s'est pas fait de transfert de l'hémianesthésie au côté gauche ; et pourtant M. Dumontpallier, et après lui, M. Babinski ont remarqué que ce transfert s'observait très fréquemment, surtout chez les sujets qui, comme le nôtre, présentent des troubles de la sensibilité, du sens musculaire et des organes des sens.

Enfin, un autre résultat qui n'est pas négligeable, c'est l'amélioration très évidente qui s'est produite au point de vue psychique ; de triste et mélancolique qu'était M... avant le traitement, il est devenu gai, expansif, causeur même, à partir du jour où l'on a appliqué l'aimant. A l'encontre de ces jours derniers, il témoigne une confiance absolue dans la médication qu'on lui fait subir et dans le médecin qui la dirige, M. le professeur Grasset.

Ce changement, nous ne pouvons l'attribuer qu'à un phénomène de suggestion. C'est parce que M... se sent peu à peu guéri par l'aimant qu'il devient joyeux. Je ne crois pas que l'on puisse appliquer ici les conclusions qui ont été formulées par M. Luys dans des cas analogues. En poursuivant ses recherches sur l'action des aimants dans les phénomènes somatiques de l'hystérie, M. Luys a constaté que ces mêmes aimants exercent une action non moins réelle sur les phénomènes émotifs. De plus, il a noté cette particularité bizarre : suivant que l'on présentait au sujet le pôle nord ou le pôle sud d'un barreau aimanté, on déterminait chez lui soit des accès de joie, soit des accès de tristesse. Au pôle nord cor-

respond un état de gaîté et de contentement, au pôle sud, une vive expression de colère et d'ennui.

Eh bien, il ne me semble pas qu'il s'agisse ici de faits de ce genre, et une pareille interprétation ne saurait convenir dans le cas actuel. Il faut d'ailleurs ajouter que les observations de M. Luys n'ayant pas encore été publiées au moment où notre malade était à l'hôpital, nous n'avons fait aucune expérience portant sur la valeur relative du pôle nord et du pôle sud des aimants (1).

Ayant quitté le service de médecine à la fin du mois de mars, je n'ai plus suivi le malade d'une façon aussi régulière, et par conséquent, je n'ai pu continuer à prendre son observation qu'à de longs intervalles. On verra du reste qu'aucun fait important n'est survenu dans la suite.

16 avril. — Pendant les quinze jours qui viennent de s'écouler, l'aimant a continué à produire chez notre malade des effets salutaires. De l'hémianesthésie droite il n'est plus question ; on trouve seulement une plaque d'anesthésie assez restreinte, occupant le tissu cicatriciel qui recouvre l'ancienne fracture du temporal gauche et un peu la peau environnante, sur une surface un peu plus large qu'une pièce de cinq francs en argent. Le sens musculaire est entièrement réintégré. Les yeux étant fermés, le dynamomètre donne à peu près les mêmes résultats pour les deux mains, à savoir environ 30 kilogrammes.

Quant à l'impotence fonctionnelle qui occupait les membres inférieurs, elle est également très atténuée, et le malade qui, il y a trois semaines à peine, marchait difficilement à l'aide d'une canne, se promène aujourd'hui et monte des

---

(1) Luys. — Action psychique des aimants, des courants électro-magnétiques et des courants continus. (Soc. de Biologie, mars 1890).

escaliers sans grande peine ; il ne sent plus, dit-il, qu'un peu de faiblesse dans les jambes. — En outre, les vertiges qui survenaient autrefois à chaque instant n'ont plus reparu depuis quelque temps.

Les organes des sens tendent aussi à récupérer leurs fonctions. A l'œil droit, le champ visuel s'est encore agrandi ; la vision est plus nette et le brouillard qui enveloppait les objets a disparu. Mais, fait plus remarquable, l'amblyopie de l'œil gauche a cédé à son tour, et, depuis huit ou dix jours environ, la vue de cet œil est assez distincte. Le champ visuel gauche est encore, il est vrai, très étroit ; mais, en fermant l'œil droit, M... peut désigner les objets par leur nom, il compte les doigts et lit même le titre d'un journal à 25 centimètres environ. Voici les acuités visuelles, telles qu'elles ont été prises aux différentes périodes de la maladie :

	21 mars	30 mars	16 avril
VOG =	zéro	zéro	$\frac{1}{50}$
VOD =	$\frac{1}{50}$	$\frac{1}{3}$	$\frac{1}{2}$

Du côté de l'audition, nous n'avons malheureusement pas à signaler les mêmes progrès. La surdité a entièrement persisté à gauche, ainsi que les bourdonnements, « le bruit de chemin de fer », et l'ancienne otite, car il s'écoule toujours de cette oreille un peu de sérosité purulente. A droite, il y a quelques progrès dans l'audition ; ainsi le tic-tac d'une montre est perçu à peu près à la distance normale.

Enfin le goût et l'odorat, quoique n'ayant pas encore leur délicatesse habituelle, sont en bonne voie de progression. L'anesthésie pharyngée a totalement disparu.

20 mai 1890. — M... a quitté l'hôpital dans la première quinzaine du mois de mai. Il était alors, sinon guéri complètement, du moins dans un état d'amélioration tel que rien ne

s'opposait à ce qu'il reprît ses occupations habituelles. A part l'oreille gauche et quelque peu l'œil du même côté, tous les autres organes ont entièrement récupéré leurs fonctions, et cela, grâce uniquement à l'action de l'aimant. Enfin, au point de vue psychique, la situation avait entièrement changé ; au lieu d'être triste et facilement émotif comme à son arrivée, M... est parti gai et satisfait, en un mot dépouillé, au moral comme au physique, de tous les attributs caractéristiques de l'hystérie.

On trouvera sans doute cette observation bien longue, et on me reprochera peut-être de m'être étendu avec trop de complaisance sur d'infimes détails. Mais il m'a semblé qu'en pareille matière la précision la plus minutieuse était nécessaire à l'appréciation des faits. Ne voit-on pas souvent un symptôme qui avait paru insignifiant au premier abord, acquérir dans la suite une importance capitale ? De plus, on a pu lire çà et là, dans le cours de cette observation, après l'exposé de certains phénomènes particuliers, non pas une analyse complète de ces phénomènes, mais quelques réflexions critiques à leur sujet. J'ai pensé que ces remarques seraient mieux à leur place immédiatement après le fait qui les avait motivées, que groupées sans aucun trait d'union dans un chapitre ultérieur.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : elle offre notamment certaines particularités dont je ferai plus loin mon profit pour discuter les doctrines de M. Charcot. Pour le moment, je me bornerai à mettre en lumière quelques détails qui m'ont paru mériter plus particulièrement l'attention.

Tout d'abord, et pour procéder avec méthode, examinons le traumatisme qui a été l'agent provocateur de la névrose. Ce traumatisme a surpris le sujet dans son sommeil, et, sans

aucune transition, il l'a plongé dans une perte de connaissance absolue. Par conséquent, on ne saurait faire intervenir ici le *nervous shock* en tant qu'impression consciente ; pour parler plus clairement, on ne peut pas dire qu'il y a ébranlement moral, puisque le sujet a passé de l'état de sommeil à la syncope sans avoir pu reprendre ses sens.

Il s'ensuit naturellement que les spéculations de l'esprit n'ont pu, comme le prétend l'Ecole de la Salpêtrière, se faire à la faveur de l'obnubilation du *moi* produite par l'émotion.

Si l'auto-suggestion était réellement la source des troubles sensitivo-moteurs, il faudrait admettre, dans le cas particulier, que cette auto-suggestion est née après que le malade a eu repris connaissance. Or, à ce moment, tous les phénomènes nerveux étaient déjà réalisés, et le sujet n'a pu, à son réveil, que se résigner au fait accompli.

Je ne dirai rien de l'intensité du traumatisme. C'est ici un cas exceptionnel, et l'on sait que les traumatismes les plus légers peuvent entraîner les plus graves désordres à leur suite

Quant à la symptomatologie, elle ne présente aucun fait qui n'ait déjà été signalé ; et, en pareille matière, je ne saurais mieux faire que de renvoyer le lecteur à l'excellente thèse que M. Berbez a consacrée à ce sujet.

J'ai hâte d'en arriver au point principal et véritablement remarquable de cette observation : je veux parler du traitement, et des résultats réellement merveilleux qu'a donnés l'aimant chez notre malade.

A vrai dire, il y a longtemps que l'aimant a été employé pour la première fois en vue de combattre les phénomènes de toute espèce que l'on remarque dans les affections nerveuses. Mais on n'avait jamais obtenu de grands succès ; et, en tout cas, il était impossible, d'après les faits observés,

de fixer d'une manière même approximative les indications et contre-indications de cet agent thérapeutique. Je ne prétends pas que l'on soit beaucoup plus avancé à l'heure actuelle. Mais, en compulsant les divers travaux qui ont été publiés dans ces dernières années sur l'emploi des aimants en clinique neurologique, j'ai pu rassembler un faisceau de faits qui permettent de serrer la question de plus près et de tirer des conclusions à peu près fermes.

Ainsi, pour ne citer que des noms biens connus, MM. Charcot, Dumontpallier, Proust et Ballet, Langlet, Bourneville et Leflaive, Rendu, Luys parlent tous des succès obtenus par ce moyen dans des cas déterminés, à savoir les troubles paralytiques et sensitifs, les contractures, les arthralgies ; et si l'on y fait attention, on voit que ces accidents guéris par l'aimant appartenaient tous soit à l'hystérie ou à l'hystéro-traumatisme, soit à l'intoxication saturnine. Hors de ces trois grandes maladies, rien de bien net, rien que des résultats vagues ou incertains.

Par conséquent, on pourrait formuler les deux propositions suivantes : 1° l'aimant n'est pas, tant s'en faut, un moyen thérapeutique d'une efficacité constante ; — 2° quand il agit, c'est presque toujours chez des hystériques, des hystéro-traumatiques ou des saturnins qui présentent des troubles de la motilité ou de la sensibilité.

Or, mon observation vient à l'appui de ces conclusions, elle en est même une éclatante confirmation : en effet, l'hémianesthésie de M... a disparu en quelques jours sous la seule influence de l'aimant.

J'ai fait remarquer plus haut combien avait été singulière la manière d'agir de l'aimant à deux points de vue : en premier lieu, le retour de la sensibilité s'est effectué d'abord dans les régions voisines de l'aimant, là où il était en contact avec la peau. On aurait dit que des pôles se dégageait

comme un arc magnétique s'irradiant à travers les tissus. D'ailleurs, ne pourrait-on supposer que, des pôles de l'aimant, se dégagent des courants qui se prolongeraient à travers le corps par une série de lignes concentriques et paraboliques, absolument comme Erb l'a démontré pour les courants électriques ?

Le fait est que, chez notre malade, la sensibilité est revenue d'abord au voisinage de l'aimant, et ensuite à tout le côté droit hémianesthésié.

Un second point intéressant, c'est que la sensibilité *de retour*, obtenue par le traitement, a réapparu par segments de membres ; les parties qui restaient anesthésiées, c'est-à-dire la main et le pied, étaient limitées par des lignes circulaires bien nettes, les lignes de désarticulation.

Il y a là une analogie frappante entre la manière de disparaître de la sensibilité, ou plus exactement entre la façon dont survient l'anesthésie lors de l'invasion des phénomènes, et sa manière de réapparaître, quand les accidents s'amendent sous l'influence du traitement.

On trouverait encore matière à de longues et intéressantes considérations sur le cas de ce malade. Mais, outre que de pareilles discussions m'entraîneraient trop loin, je tiens à arriver au but principal que je me suis proposé, à savoir l'examen des théories qui ont été émises par l'Ecole de la Salpêtrière sur l'hystéro-traumatisme.

ETIOLOGIE

Avant d'aborder l'étude des considérations étiologiques, disons d'abord un mot de la nature même de l'hystéro-traumatisme et de la place nosologique qui doit lui être attribuée dans la neuropathologie.

Nature. — Tous les auteurs qui ont écrit avant 1888 s'accordent à reconnaître deux grandes écoles interprétant différemment la question : l'Ecole de la Salpètrière et l'Ecole Allemande. Mais, avec les leçons de M. Grasset, une nouvelle doctrine entrait en scène, ainsi que l'a très bien reconnu M. Georges Guinon dans plusieurs ouvrages, et notamment dans un article où il a réfuté les arguments du professeur de Montpellier (*Progrès Médical*, n° 44, 1888) : dans cet article, il place M. Grasset sur le même rang que l'École Allemande en tant qu'adversaire de M. Charcot. A mon avis, il semblerait donc juste de reconnaître une troisième École, l'École de Montpellier, à côté des deux précédentes.

I. — Arrivons aux théories en elles-mêmes. L'École allemande, représentée par Thomsen d'abord, puis par Bernhardt et Leyden et enfin surtout par Oppenheim, voudrait faire de l'hystéro-traumatisme une névrose à part, bien distincte de l'hystérie. Elle base cette différenciation sur la ténacité des accidents (ce qui est loin de constituer un caractère différentiel), et sur l'absence de toute hystérie préexistante et même de toute prédisposition. Seulement, dans l'École allemande elle-même, il y a deux groupes qui, tout en s'accordant pour considérer l'hystéro-traumatisme comme une entité morbide distincte, ne professent pas entre eux les

mêmes opinions au sujet du caractère intime de cette entité morbide. Les uns en font, avec Oppenheim et Beard, une affection spéciale neurasthénique, avec dépression physique et mentale. Les autres, Strümpell en tête, y voient une maladie caractérisée par des lésions matérielles inconnues, mais certaines, des centres nerveux. Mais tous s'accordent à la distinguer de l'hystérie commune.

II. — Quant à l'Ecole de la Salpètrière, on connaît sa théorie, et on sait qu'elle englobe toutes les affections de ce genre dans le cadre de l'hystérie ordinaire. Pour elle, l'hystéro-traumatisme n'est qu'une des nombreuses manifestations de la grande névrose ; l'agent qui la provoque est un agent banal, et son évolution ne présente aucun trait qui permette de la caractériser et de la mettre à part.

III. — C'est une doctrine éclectique et une opinion intermédiaire aux deux précédentes que soutient M. le professeur Grasset. Sans faire de l'hystéro-traumatisme une psychose spéciale, étrangère à l'hystérie, il refuse néanmoins de n'y voir qu'une forme bâtarde, une des innombrables métamorphoses de la grande hystérie. Et alors, s'appuyant sur les caractères distinctifs tirés de l'étiologie, de la symptomatologie, de la marche et même du traitement, il estime que l'hystéro-traumatisme doit occuper dans la famille neurologique une place distincte, mais très voisine de la grande névrose. Et voici la définition qu'il propose de donner à l'hystéro-traumatisme : « Une névrose générale » et plus spécialement cérébrale, appartenant à la famille » des hystéries et développée par le traumatisme chez un » sujet dont la prédisposition ne s'est pas nécessairement » affirmée antérieurement par son histoire personnelle ou » par son hérédité. »

Passons maintenant à l'Etiologie.

« La vraie cause des phénomènes hystéro-traumatiques « est évidemment l'état cérébral spécial dans lequel se trou- « vent les malades ; la cause occasionnelle n'a qu'une impor- » tance peu considérable. »

C'est ainsi que débute le chapitre étiologique de M. Berbez sur l'hystéro-traumatisme. Et l'on peut dire que ces quelques lignes résument toute la doctrine de la Salpêtrière sur ce point particulier.

Pour M. Charcot et ses élèves, le traumatisme n'a qu'une importance très restreinte, — M. Berbez serait tenté de dire presque nulle —, sur la production des phénomènes hystériformes : ce n'est pour eux qu'une cause occasionnelle.

Le rôle prépondérant reviendrait à la prédisposition, au nervosisme, aux antécédents héréditaires et personnels. Les sujets qui vont réaliser la maladie seraient avant tout des névropathes ou des fils de névropathes ; bien plus, ils seraient toujours, et antérieurement à leur accident, en puissance d'hystérie. La névrose serait là qui les guetterait, *quærens quem devoret,* n'attendant qu'une occasion pour les saisir et les terrasser. Cette occasion propice, c'est dans le cas particulier, le traumatisme qui la fournirait. Un choc viendrait qui mettrait le feu aux poudres et ferait éclater la névrose. Mais le traumatisme n'aurait d'action, je le répète, que sur ceux qui lui prêteraient le flanc.

De plus, ce ne serait qu'une cause banale, indifférente quant aux résultats. Que s'il était survenu, au lieu d'un traumatisme, une syphilis, une intoxication, une tumeur, les choses auraient probablement marché de la même façon, et le drame pathologique aurait offert, à quelques détails près, le même scénario.

M. Berbez n'accorde d'influence au traumatisme que sur la localisation des phénomènes : d'une façon générale, le

siège du traumatisme fixerait le siège des symptômes sensitivo-moteurs.

Moins exclusif, M. Georges Guinon, tout en partageant les mêmes idées, veut bien reconnaître en plus que les agents provocateurs peuvent quelquefois, mais toujours accessoirement, imprimer aux accidents hystériques un cachet spécial. Mais cette hystérie ne porterait à peu près jamais en elle-même les signes distinctifs de l'agent qui l'aurait provoquée.

En définitive, la théorie étiologique de l'Ecole de la Salpêtrière peut se résumer ainsi : le traumatisme n'est qu'accessoire, il n'a qu'une influence très minime sur la genèse des phénomènes nerveux. C'est la prédisposition névropathique qui fait tout.

Eh bien, j'avoue franchement que je ne puis admettre cette manière de voir, et en cela je ne suis que l'écho des doctrines de M. le professeur Grasset qui, dans les leçons faites à Saint-Eloi en 1887, a déclaré hautement qu'il ne partageait point les idées de M. Charcot en ce qui concerne l'étiologie de l'hystéro-traumatisme.

M. Grasset n'attribue qu'une part très restreinte à la prédisposition, et en cela, les faits et la statistique lui donnent absolument raison, puisque sur 21 malades de la Salpêtrière, il en est 12 chez lesquels on ne trouve pas trace d'antécédents. A ces cas il faut ajouter l'observation qui précède, où malgré les recherches les plus minutieuses, il a été impossible de découvrir la moindre tare héréditaire, ni la moindre disposition personnelle, soit nerveuse, soit diathésique. Cela fait donc, sur un total de 22 observations, 13 malades exempts de toute prédisposition.

Suivant l'éminent professeur de Montpellier, c'est le traumatisme qui est le grand facteur, l'élément étiologique principal. Il ne joue pas seulement le rôle d'un moteur qui viendrait actionner ou, qu'on me passe l'expression, déclancher

un mécanisme tout préparé par le fait de la prédisposition antérieure, mais il frappe l'organisme, peut-être dans un moment de moindre résistance, et il y détermine une modification profonde, un ébranlement réel.

J'ajouterai que le traumatisme doit, dans la majorité des cas, faire plus encore. La commotion morale aidant, il doit, quelquefois d'une façon insidieuse, faire subir au cerveau des altérations véritables, non pas anatomiques, mais dynamiques, *sine materiâ*. Et alors, grâce à la formation de cet élément nouveau et anormal dans le système nerveux central, il va bientôt survenir des désordres sensoriels ou sensitivo-moteurs qui, partant du cerveau, iront frapper les divers organes et les troubler dans leur fonctionnement régulier.

Mais encore une fois, les faits sont là pour démontrer que la prédisposition est loin d'exister toujours chez les hystéro-traumatiques et que, par conséquent, il ne faut pas considérer cet élément comme indispensable à la réalisation des phénomènes d'anesthésie ou de paralysie. Le traumatisme, au contraire, est nécessaire, si léger et si insignifiant qu'on puisse le supposer ; c'est lui qui, perturbant l'organisme, y déchaîne les ravages si variables et parfois si fugaces que l'on observe ultérieurement.

Relativement à l'influence du traumatisme sur la localisation des phénomènes nerveux, M. Grasset reconnaît qu'il y a quelque rapport entre ces deux éléments, mais il est loin d'être aussi affirmatif que M. Berbez à cet égard. Dans un certain nombre de cas, on remarque en effet une corrélation assez étroite entre le siège du traumatisme et le point d'élection des troubles sensitivo-moteurs. Mais si ce rapport existe pour les membres et pour le tronc, on ne saurait en dire autant lorsque le choc a porté sur la tête : dans ce cas, il est impossible d'assigner des règles fixes à la distribution des

symptômes. Les plus grandes variations sont observées à ce sujet.

Enfin, même quand ce sont les membres qui sont atteints, les phénomènes morbides ne se localisent pas fatalement et d'une façon constante sur la région traumatisée. J'ai relevé plusieurs exemples du contraire, et cette particularité me servira d'argument pour réfuter plus loin la doctrine de l'auto-suggestion, au chapitre de la pathogénie.

L'intensité du traumatisme n'a aucune influence sur la gravité et la durée des phénomènes. L'observation qui précède en est la preuve : elle nous montre un homme qui est frappé à la tête d'une vingtaine de coups de fourche et de massue ; il s'ensuit une fracture du crâne avec enfoncement, et une perte de connaissance qui dure trois jours. Les symptômes qui se déclarent alors présentent, il est vrai, une certaine gravité et une grande étendue. Mais d'abord il n'y a ni monoplégies complètes ni attaques d'hystérie et de plus, sous l'influence du traitement, tout le tableau symptomatique s'efface et disparaît avec une facilité et une rapidité surprenantes.

On pourrait multiplier les exemples de ce genre. Mais cela ne servirait à rien, car tout le monde est d'accord sur ce point que non-seulement il n'y a aucun rapport, mais encore, comme l'a très bien dit M. Grasset, « qu'il existe un » contraste complet entre le traumatisme initial et les phé- » nomènes consécutifs au triple point de vue du siège, de » la gravité et de la durée. »

Si l'on envisage la question sous un autre aspect, c'est-à-dire au point de vue de l'allure spéciale qu'imprime le traumatisme aux accidents hystériformes, on peut dire que les idées de M. Grasset diffèrent totalement de celles de M. Charcot. Ces théories de la Salpêtrière, M. Guinon s'en

est fait le brillant défenseur dans sa longue et remarquable thèse sur les *Agents provocateurs de l'hystérie*. Les titres des chapitres résument aussi exactement que possible tout ce qui y est contenu. Ainsi, dans la deuxième partie, on lit cette phrase en tête du chapitre II : « Les agents provocateurs de l'hystérie ne sont rien de plus que des causes occasionnelles. » Et au chapitre III : « Les agents provocateurs peuvent quelquefois, mais toujours accessoirement, imprimer un certain cachet aux manifestations de l'hystérie. »

Je ne suivrai pas M. Guinon dans tout son raisonnement : le cadre de ce modeste travail ne saurait le permettre et d'ailleurs, je ne me sens pas de taille à lutter avec un tel adversaire. Je voudrais seulement faire ressortir la façon dont il comprend le traumatisme en tant qu'agent provocateur de la névrose. Or, en fidèle interprète des doctrines de M. Charcot, M. Guinon, à l'instar de M. Berbez, ne voit dans le traumatisme qu'un agent banal, un agent qui ne remplit, comme tous les autres, que le rôle de cause occasionnelle. La grande, la seule cause de la maladie, c'est la prédisposition, ce sont les antécédents. M. Guinon résume toutes ses idées dans ce mot saisissant : « L'hystérie est là qui attend ; » une cause occasionnelle, souvent un traumatisme, n'a » plus de peine à la faire éclore. »

Et il est tellement convaincu du peu d'importance qu'a l'agent causal non-seulement sur la production, mais encore sur la marche ultérieure des phénomènes, qu'il croit que toute autre cause, survenant au même moment, à la place du traumatisme, aurait donné lieu à des effets identiques. Et alors, il ne fait aucune différence entre l'hystéro-traumatisme et l'hystérie causée par l'alcoolisme, par le mercure, par la syphilis, etc. Il pousse même l'assimilation jusqu'à désigner ces diverses formes morbides d'une même maladie sous les noms bizarres d'hystéro-alcoolisme, hystéro-syphilis, hystéro-

hydrargyrisme. Je cite le passage textuellement : « Je sais » bien, dit-il, que les auteurs qui considèrent l'hystérie » comme symptomatique ne voudraient pas accepter les » termes d'hystéro-saturnisme, hystéro-alcoolisme, hystéro- » hydrargyrisme, et qu'ils préfèrent ceux d'hystérie satur- » nine, alcoolique, mercurielle. Mais c'est précisément pour » que les noms ne prêtent à aucun malentendu que, partisan » du rôle de simples causes occasionnelles de tous les agents » provocateurs de la névrose, je préfère m'arrêter aux pre- » mières de ces dénominations. »

Pour lui, le traumatisme ne serait donc, à l'égard des phénomènes hystériques, qu'un agent vulgaire, identique à tous les autres agents qu'il passe en revue dans sa thèse. Et l'hystérie qui évolue à la suite d'un traumatisme serait en tout comparable à l'hystérie qui est consécutive à l'action du plomb, de la syphilis, du diabète, de la chlorose, etc. Si le hasard avait voulu que ses sujets, au lieu d'avoir été traumatisés, fussent des victimes du saturnisme, de l'alcool ou de la syphilis, leur névrose aurait, selon lui, évolué de la même manière et les symptômes observés auraient sans doute été les mêmes.

D'après M. Guinon, un traumatisme, une bronchite *a frigore* deviennent les causes occasionnelles, les portes d'entrée aussi bien de l'hystérie que de la tuberculose. « Tout ce qu'il peut admettre, et encore d'une façon très » générale, c'est que l'hystérie locale (Brodie), l'hystérie *in* » *its surgical aspects* se rencontre plus souvent dans les cas » d'hystéro-traumatisme que dans les autres... Et encore » l'hystérie locale n'est-elle pas l'apanage exclusif du trau- » matisme. » — « Ce n'est pas, dit-il ailleurs, l'agent pro- » vocateur qui imprime un cachet spécial aux accidents, » mais le malade lui-même, par suite de ces phènomènes

» d'auto-suggestion inconsciente qui président à leur déve-
» loppement. »

Assurément, il est impossible d'exprimer plus clairement et de condenser plus succinctement ces idées, et toute la doctrine de la Salpêtrière relative à l'hystéro-traumatisme se trouve résumée par M. Guinon dans ces quelques lignes.

Mais arrivons à la discussion elle-même. Eh bien, je le déclare franchement : il m'est impossible d'accepter la plupart des propositions qui sont formulées ci-dessus, et en cela je ne suis que l'écho des leçons de M. Grasset. M. Guinon a d'ailleurs réfuté dans le *Progrès Médical* les arguments de ce dernier. Tout d'abord, je ne puis admettre les termes d'hystéro-syphilis, hystéro-alcoolisme comme équivalents de celui d'hystéro-traumatisme. Et cela, parce que l'hystéro-traumatisme m'apparaît comme une névrose à part, bien caractéristique et bien distincte, quoique très proche parente de la véritable hystérie, tandis que l'hystérie syphilitique ou alcoolique n'est qu'une des nombreuses formes de cette grande entité morbide.

Le grand argument de M. Guinon consiste en ceci : il met au défi les partisans de la doctrine de M. Grasset de reconnaître chez un hystérique l'agent causal de la maladie ; en somme, il nie que les accidents soient toujours marqués d'un cachet spécial par l'agent qui les a provoqués. Cela, je le lui accorde volontiers pour les autres agents ; mais, pour le traumatisme, il serait bien téméraire de l'affirmer dans tous les cas, et je suis convaincu que le traumatisme imprime au tableau symptomatique et à la marche de la névrose une allure, un cachet qui lui est propre, qui la différencie essentiellement des autres variétés, qui en fait en un mot l'hystéro-traumatisme et non pas l'hystérie suite de traumatisme.

En résumé, l'hystéro-traumatisme est une névrose à part, non banale comme l'hystérie consécutive à l'alcoolisme ou à

la syphilis, mais bien caractérisée par le fait de l'agent qui la provoque, et aussi par ses symptômes et son évolution.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

J'aborde ici une partie bien intéressante de mon sujet, mais aussi bien controversée, car elle touche au grand problème des localisations cérébrales; et on sait combien cette question a suscité de recherches, d'expériences et de discussions, surtout dans ces vingt dernières années. L'hystéro-traumatisme remet en jeu toutes ces questions de haute physiologie nerveuse, en raison de la multiplicité et de la variété des symptômes que cette maladie est susceptible de présenter et au sujet desquels on peut reprendre à nouveau l'étude des localisations.

Malheureusement pour la science, il existe ici bien peu d'autopsies faites au moment propice, et celles qui ont pu être pratiquées dans les conditions voulues n'ont apporté aucune révélation ou même elles ont donné des résultats négatifs.

Il est vrai que, à défaut d'autopsies d'hystéro-traumatiques, on peut, par analogie, tirer des faits similaires des conclusions applicables au cas qui m'occupe. Ainsi je suppose qu'un individu non hystéro-traumatique ait présenté de son vivant une hémianesthésie droite avec amblyopie de l'œil gauche, et qu'à l'autopsie on ait trouvé telle lésion déterminée dans le cerveau. Je suppose, en outre, que plusieurs autres autopsies, faites sur des sujets ayant offert les mêmes symptômes, aient invariablement amené les mêmes constatations. Ne sera-t-on pas en droit de conclure qu'à toutes les hémi-

anesthésies du côté droit avec amblyopie correspondent des altérations de telle partie de l'encéphale ? Et que, si on ne trouve pas cette altération, c'est que l'état actuel de la science ne nous permet pas de la découvrir, quoique réellement existante ? Et alors, on pourra qualifier les altérations de ce genre de lésions dynamiques, *sine materiâ*, suivant l'expression de M. Charcot et de quelques autres cliniciens.

Quoi qu'il en soit, on peut dire, en ce qui concerne l'hystéro-traumatisme, que c'est une maladie dont le siège est au cerveau. Sur ce point, tout le monde est d'accord, sauf quelques médecins étrangers, et aussi Leudet, qui met les désordres sensitifs et moteurs sur le compte d'une congestion de la moelle, congestion qui aurait été déterminée par le traumatisme. H. W. Page, signalant les phénomènes sensitivo-moteurs consécutifs à des accidents de chemin de fer, les rapportait à des altérations médullaires encore mal connues. Weir Mitchell, Putnam et les Américains ne voient là autre chose que des commotions cérébro-spinales presque sans lésions. Pour Erichsen, qui a étudié la question surtout au point de vue des accidents de chemin de fer, les troubles parétiques devraient être rattachés à des lésions organiques du cerveau et de la moelle. Il se fonde sur une autopsie dans laquelle il a rencontré des lésions destructives des centres nerveux. Mais il ne précise pas. Pour Russel Reynolds, (1869), toutes les paralysies, contractures et les perversions de la sensibilité peuvent résulter simplement de l'émotion ou dépendre de l'Idée *(dependent of Idea)*. C'est, on le voit, un précurseur de Charcot pour la doctrine de l'auto-suggestion.

M. Grasset reconnaît bien que c'est le cerveau qui est en jeu, mais il ne croit pas à l'existence d'une lésion, « parce » que, dit-il, les phénomènes peuvent parfois disparaître

» avec une grande rapidité sous l'influence d'une émotion » vive, analogue à celle qui en avait amené l'apparition. »

Charcot, et après lui toute l'École de la Salpêtrière, résume à peu près ainsi le chapitre anatomo-pathologique de l'hystéro-traumatisme : il y aurait très probablement des lésions siégeant dans les différents points de l'encéphale, non des lésions destructives, organiques, en foyer, mais des lésions dynamiques, fonctionnelles, *sine materiâ*, des lésions dont les détails échapperaient à nos moyens d'investigation.

Cette hypothèse est celle qui me semble la plus vraisemblable : c'est celle qui expliquerait le mieux les phénomènes observés. Mais je crois qu'il faut aller plus loin et accepter cette théorie des lésions cérébrales telle quelle, avec toutes ses conséquences. En effet, s'il existe véritablement dans le cerveau, comme le croit M. Charcot, des altérations invisibles, il est vrai, mais réelles, ces altérations sont forcément réparties dans certains endroits bien déterminés pour chaque cas particulier, localisées en un mot. Et alors, sans chercher plus loin, on expliquerait par ce fait les troubles moteurs et sensitifs qu'on observe dans l'organisme. A quoi bon en effet faire intervenir un autre élément, c'est-à-dire invoquer l'hypothèse des auto-suggestions pour comprendre les monoplégies ou les anesthésies diverses ! Si l'on suppose, par exemple, que le centre moteur du bras est le siège d'une altération, on comprend par là-même que les mouvements de ce bras doivent être supprimés ou du moins modifiés, et il est inutile de joindre à cela une spéculation de l'esprit.

Il y a là, ce me semble, une hypothèse simple, vraisemblable, nullement en contradiction avec les faits, et même parfaitement conforme aux lois de la physiologie.

Pénétrons plus avant dans le sujet et voyons quelle serait, dans l'hypothèse précédente, les parties du cerveau qui seraient intéressées dans chacun des troubles que l'on peut

rencontrer chez les hystéro-traumatiques, et plus particulièrement chez le malade qui fait l'objet de l'observation ci-dessus. A cet égard, les données précises font défaut, et l'on est obligé, pour comprendre les phénomènes sensitifs et moteurs, de juger par comparaison avec des cas analogues. Voici les résultats de quelques autopsies qui ont été faites sur des sujets non hystéro-traumatiques qui avaient présenté des désordres semblables à ceux qui nous occupent.

Une première autopsie, faite par M. Perret et rapportée dans le *Lyon médical* de 1886, donne de sérieuses présomptions au sujet de la localisation cérébrale des troubles constatés chez M..., qui fait l'objet de mon observation. Il s'agit d'une femme qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie, resta hémianesthésique (et non hémiplégique) du côté droit, et de plus aphasique (aphémie et surdité verbale). Cette femme ayant succombé quelques jours après à une pneumonie, on trouva chez elle un vaste foyer de ramollissement qui occupait les circonvolutions de l'insula, les trois quarts postérieurs des circonvolutions temporo-sphénoïdales, les lobules pariétal supérieur et inférieur et la plus grande partie du lobe occipital. L'auteur, M. Perret, rapproche cette observation d'un cas analogue de M. Déjerine et il insiste tout particulièrement sur ce fait que l'hémianesthésie sans paralysie était bien d'origine corticale, attendu que la capsule interne, le centre ovale et les ganglions centraux étaient absolument intacts.

Si l'on compare ce fait au cas de notre hystéro-traumatique, on ne peut manquer d'être frappé de l'analogie qui existe entre les symptômes cliniques présentés par l'un et l'autre malades. Des deux côtés, aphasie et hémianesthésie droite. De plus, chez notre homme, le traumatisme avait porté sur un point qui correspond exactement au foyer de ramollissement noté par M. Perret, et il est à présumer que

chez M... les lésions dynamiques ou autres qui pouvaient exister devaient sans nul doute se trouver juste au-dessous et au pourtour de la fracture de la boîte crânienne.

Par conséquent, ce fait nous démontre que l'hémianesthésie droite, accompagnée d'aphasie, doit être le résultat, qu'il s'agisse de lésions anatomiques ou de lésions *sine materiâ*, d'un trouble réel survenu dans les circonvolutions cérébrales ci-dessus désignées.

A la séance de la Société de chirurgie du 18 novembre 1885, M. Le Dentu a rendu compte d'une autopsie pratiquée sur un individu qui s'était tiré un coup de révolver dans la région frontale; il était résulté une paralysie du bras avec aphasie incomplète. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, le malade succomba. L'autopsie montra qu'il existait, à partir du point antérieur de pénétration jusqu'aux lobes occipitaux, une traînée d'encéphalite pratiquée à travers les zones motrices jusqu'aux lobes occipitaux où était logée la balle.

Deux autres cas semblables, empruntés l'un à Rumpf (Congrès des Neurologistes allemands de 1888), l'autre à Wiglesworth (Journal of mental science), viennent confirmer ce qui précède et se rapportent assez exactement aux faits signalés dans l'observation qui est au début de ce travail.

Là où les faits positifs, matériels, c'est-à-dire les autopsies, font défaut ou plutôt ne nous révèlent absolument rien, c'est quand il s'agit d'expliquer la distribution bizarre, anatomiquement paradoxale, de certains phénomènes sensitifs et moteurs, je veux parler de la répartition segmentaire de la paralysie et de l'anesthésie. Mais si les anatomo-pathologistes ont renoncé à expliquer le fait, les cliniciens et les physiologistes s'efforcent de nous donner une réponse plausible à cette question: pourquoi, dans certaines affections et principalement dans l'hystéro-traumatisme, les troubles sensitivo-

moteurs marchent-ils par segments de membre, et non par territoires nerveux ?

Ici encore, la neurologie est redevable à M. Grasset de découvertes remarquables faites au cours de ses recherches sur l'*Action œsthésiogène des vésicatoires* (1880). Le savant professeur croit qu'il y a dans la capsule interne des fibres distinctes pour les territoires sensitifs, et que ces territoires ne répondent pas d'une manière précise aux zones de distribution des nerfs périphériques. Plus loin, avec une sagacité étonnante, le même expérimentateur fait observer que « l'hémianesthésie d'origine cérébrale présente une dissociation » symptomatique très remarquable, la sensibilité reparaissant » ici et pas là, comme si la capsule interne renfermait des » fibres spéciales pour chacune des grandes zones du corps, » fibres qui pourraient être excitées séparément et reprendre » individuellement leurs fonctions ». On dirait que ces lignes ont été écrites à l'occasion de l'observation d'hystéro-traumatisme qui se trouve plus haut.

De plus, M. Grasset, dans le même travail, rapproche de ses observations les idées de Munk et d'autres auteurs qui veulent qu'il y ait, dans l'écorce cérébrale, des zones répondant précisément aux grands segments sensitifs (main, avant-bras, pied, tête, etc.).

Ajoutons enfin que Horsley a démontré par l'expérimentation qu'à chaque segment de membre est dévolu dans l'écorce cérébrale un département spécial des régions motrices.

Cette doctrine s'allierait très bien avec l'hypothèse des lésions réelles, quoique dynamiques, du cerveau. Elle permet d'expliquer la distribution segmentaire des anesthésies et des paralysies hystériques, et en tout cas elle n'est nullement contradictoire avec les faits.

Mais, dira-t-on, pourquoi ne rencontre-t-on pas de ces anesthésies segmentaires bien délimitées dans les maladies

à lésions organiques de l'encéphale, comme la congestion, le ramollissement ? C'est qu'une hémorragie, une gomme, une embolie, un amas tuberculeux procèdent brutalement, dévorant tout ce qui se trouve dans leur voisinage, et flétrissant les tissus qui sont à leur portée. Tandis que l'hystérie procède avec une délicatesse remarquable : elle dissèque les tissus les plus fins avec autant d'habileté qu'un anatomiste consommé ; elle fait dans le cerveau des injections, des durcissements ou des ramollissements en miniature, à systématisation parfaite, de telle sorte que nous voyons en résulter des troubles qui indiquent les lésions encéphaliques les plus finement et les plus savamment localisées.

En définitive, l'hypothèse anatomo-pathologique qui me paraîtrait le plus logique serait celle d'une lésion du cerveau se développant consécutivement au traumatisme.

Disons, entre parenthèse et une fois pour toutes, que par ce mot de lésion, j'entends parler ici de cette manière d'être du cerveau qui fait que l'organe a cessé d'être normal, qu'il a perdu l'une quelconque de ses propriétés, sans que le microscope puisse rien y découvrir. On pourrait assimiler le cerveau de l'hystéro-traumatique, suivant qu'on le considère avant ou après l'accident causal, à une bouteille de Leyde vide ou chargée. Entre ces deux états qu'affecte successivement la bouteille, il n'y aucune différence appréciable ; elle a le même aspect, le même poids, en un mot elle est identiquement la même dans les deux cas. Et pourtant, après la charge, elle a subi un changement capital ; tout à l'heure elle était inoffensive, maintenant elle est dangereuse. Cette différence résulte du contact de l'étincelle électrique, qui l'a ainsi modifiée et lui a imprimé une altération, non anatomique, mais dynamique. Eh bien ! il en est de même pour le cerveau de l'hystéro-traumatique. L'étincelle, je veux dire le traumatisme, vient à l'atteindre, sans

rien modifier à sa structure, et voilà que, soit immédiatement, soit quelques jours ou quelques mois plus tard, une décharge de symptômes morbides jaillit de ce cerveau et va frapper l'organisme.

PATHOGÉNIE

C'est sur la pathogénie que l'École de la Salpêtrière et l'École représentée par M. Grasset, diffèrent le plus essentiellement. Si je m'étends un peu longuement sur ce chapitre, c'est parce que j'ai cru qu'il était nécessaire de développer les arguments qui m'ont paru militer en faveur d'une théorie autre que celle de l'auto-suggestion. Comme les doctrines de M. Charcot ont été exposées complètement dans plusieurs ouvrages, comme d'autre part l'opposition qu'avait faite M. Grasset à ces doctrines a été battue en brèche par M. Guinon dans un article spécial, il m'a paru bon d'apporter ici, en regard de l'argumentation de la Salpêtrière, quelques considérations en faveur de l'hypothèse que je propose à la place de celle de l'auto-suggestion. Si l'on rencontre çà et là quelque idée fausse, quelque critique exagérée, qu'on ne l'impute qu'à moi seul, car la responsabilité des théories qui sont exposées ci-après doit m'incomber tout entière.

D'autre part, on me trouvera sans doute bien osé, avec un bagage si modeste, de venir combattre la doctrine du grand maître, si populaire et si admiré de la Salpêtrière. Mais qu'on se garde bien de voir dans cette opposition un manque de déférence à l'égard du savant professeur. C'est avec une entière bonne foi et une loyauté absolue que j'entreprends cette discussion. La doctrine pathogénique de M. Charcot

ne satisfaisait pas ma raison et répugnait même à mon esprit. Pouvais-je donc l'accepter en silence, alors surtout que j'entrevoyais une autre explication plus satisfaisante — à mon avis — à lui substituer ? Quelle que soit d'ailleurs la manière de voir de mes juges et des médecins qui me liront, j'espère qu'ils voudront bien me tenir compte de l'intention et rendre justice à ma bonne foi.

La théorie pathogénique de M. Charcot paraît très séduisante au premier abord, et à coup sûr, si une hypothèse tirait sa valeur de son ingéniosité, celle-là serait parfaite en tous points.

Comme le dit M. Berbez, trois choses sont nécessaires pour comprendre le mécanisme des accidents hystéro-traumatiques : 1° l'état cérébral du malade ; 2° l'effet immédiat du choc ; 3° les spéculations de l'esprit après le choc. De ces trois conditions, la première et la dernière sont seules importantes ; la seconde n'a qu'une influence très accessoire.

C'est l'état cérébral antérieur qui prépare le cerveau, qui le met au point, absolument comme, en photographie, les sels d'argent sensibilisent la plaque de verre qui est destinée à recevoir les impressions lumineuses. La plaque étant préparée, l'obturateur est enlevé et alors la lumière pénètre et vient graver sur le verre les reliefs des objets. Eh bien, le cerveau serait en tout semblable : le traumatisme viendrait le frapper, et, comme fait l'obturateur pour la lumière, il permettrait aux spéculations de l'esprit de se graver sur le cerveau et de lui faire concevoir tel phénomène plutôt que tel autre.

La théorie de M. Charcot est basée sur ce raisonnement : c'est que les désordres que l'on constate chez les hystéro-traumatiques sont en tout semblables à ceux que l'on produit par suggestion chez les hystériques en état de somnambulisme. Ainsi, dans une de ses leçons, M. Charcot annonce à ses élèves qu'il va, par la suggestion directe, produire chez une

hystérique une monoplégie semblable à celle que l'on constate chez P..., un hystéro-traumatique qui est dans le service. « Et, ajoute-t-il, cette paralysie que nous aurons faite par » voie de suggestion, nous pourrons à notre guise en modifier » le degré, les caractères mêmes jusqu'à un certain point, » la défaire également par suggestion. »

A l'appui de cette assertion, M. Charcot plonge une jeune fille hystérique dans l'état somnambulique et il lui suggère d'avoir à l'instant une paralysie du membre supérieur droit. Et en effet, les spectateurs assistent immédiatement à la production d'une monoplégie complète, présentant tous les caractères cliniques de la monoplégie que l'on observe chez P...

M. Charcot pousse plus loin l'assimilation. Toujours par la suggestion, il commence par *déparalyser* sa malade ; puis il lui suggère successivement des paralysies partielles, segments par segments, d'abord de l'épaule, puis du bras, et enfin du poignet ; il ne s'arrête que quand il a amené la paralysie jusqu'aux limites de la main, au point précis où elle s'arrête chez P...

A coup sûr l'imitation est parfaite, et, selon l'expression du savant professeur, les territoires anesthésiés chez l'un et l'autre malades sont absolument *superposables*.

Poussant l'analyse plus loin encore, M. Charcot reproduit les phénomènes paralytiques, non plus à l'aide de la suggestion, mais en faisant intervenir un traumatisme analogue à celui qui a occasionné la monoplégie de P..., à savoir un choc appliqué sur l'épaule.

Et alors, en présence de ses élèves, il frappe brusquement son hystérique Greuz... sur l'épaule, d'une chiquenaude de la main. Immédiatement la paralysie se réalise avec tous ses caractères cliniques, de telle sorte que la ressemblance est saisissante entre les deux sujets.

La ressemblance est saisissante, ajoute M. Charcot, *même sous le rapport pathogénique ;* et sa conclusion ne se fait pas attendre. Il pose en principe que le choc matériel, le traumatisme ne joue que le rôle de cause occasionnelle, de façon à produire chez les sujets qui en sont frappés un état mental équivalent à l'état cérébral déterminé par les pratiques de l'hypnotisme. En un mot, la commotion, le *nervous shock* ferait table rase dans le cerveau des traumatisés ; et sur cette pâte molle, vierge de toute empreinte, viendrait se graver l'idée de paralysie, comme le fait la suggestion chez un hypnotique ; il y aurait en un mot auto-suggestion. Et ensuite, à la faveur de l'obnubilation du *moi*, produite dans un cas par l'hypnotisme, dans l'autre par le choc nerveux, cette idée de paralysie, une fois installée dans l'esprit, s'y développerait et y acquerrait assez de force pour se réaliser subjectivement sous forme de paralysie.

Eh bien ! il m'est impossible d'admettre cette explication. Je ne conteste pas qu'elle soit applicable à un certain nombre de cas particuliers, à des individus chez lesquels le moral a un ascendant très considérable sur le physique, voire même chez tous les prédisposés névropathiques. Mais vraiment, je ne puis accepter ce mécanisme chez des sujets tels que celui qui a fait l'objet des leçons de M. Grasset et cet autre dont le cas est si longuement rapporté dans mon observation. Comme l'a fait si justement remarquer M. Grasset, « son » homme a évidemment eu de l'émotion, mais on ne se le repré- » sente pas du tout se persuadant que son bras va devenir » paralysé juste au moment où il s'en sert avantageusement » pour repousser son adversaire... On ne peut admettre que » ce soit une spéculation de l'esprit qui ait créé cette para- » lysie. »

Le grand argument de M. Charcot, c'est qu'il produit par la suggestion chez ses hystériques des troubles identiques à

ceux qu'il constate chez les traumatisés. Mais ce n'est pas-là une raison applicable à la généralité des individus. En effet, les hystériques sont dans un état d'esprit tout particulier, qui les force pour ainsi dire à accepter et à réaliser tous les phénomènes qu'on leur suggère, sans pouvoir y opposer aucune résistance. Ce sont de vraies machines auxquelles il est aisé de donner quelle impulsion on veut.

M. Charcot serre de plus près son raisonnement, et, au lieu d'une suggestion, c'est par un traumatisme volontaire en tout semblable au traumatisme accidentel, qu'il détermine chez son hystérique la monoplégie brachiale, exactement pareille à celle que l'on observe chez l'hystéro-traumatique P... Mais ce traumatisme lui-même, n'est-ce pas une suggestion déguisée ? D'abord la malade est là qui entend ce qu'on dit et elle sait ce qu'on va lui faire et ce qu'elle doit réaliser ensuite.

Et alors même qu'elle ne saurait rien, le traumatisme n'est-il pas chez elle, comme je le disais, une autre forme de la suggestion ? La malade est, si je puis m'exprimer ainsi, dresée à exécuter une monoplégie brachiale : elle sait ce qu'on attend d'elle, et de plus, c'est une hystérique, ne l'oublions pas. Aussi, au premier mot, au moindre signe, elle réalise sa paralysie.

— Pénétrons plus avant dans notre sujet, et passons en revue les autres considérations, tirées des faits, qui tendent à faire rejeter l'hypothèse de l'auto-suggestion.

Il y a d'abord un argument basé sur l'intervalle, parfois très long, qui s'écoule entre le moment du traumatisme et l'explosion des accidents. Si la paralysie éclatait toujours immédiatement ou presque immédiatement après le traumatisme, on pourrait supposer que l'impression morale produite par le choc, que le *nervous shock* en un mot a été tel que le cerveau

n'a pu y résister ; on pourrait croire que le sujet, absorbé soit par la douleur éprouvée, soit par le danger couru, a pu avoir l'esprit tout rempli par l'idée des désordres que son membre frappé aurait pu encourir, et qu'ensuite, il réalise positivement ces désordres.

Mais, en compulsant les nombreuses observations d'hystéro-traumatisme, on peut se convaincre que le plus souvent les phénomènes nerveux sont précédés d'une longue incubation, c'est-à-dire qu'un long intervalle s'écoule entre l'accident et ses suites. Comment alors s'expliquer ce retour de l'esprit sur une chose qui devrait être oubliée depuis longtemps ? — Si aucune spéculation de l'esprit n'est survenue immédiatement après l'accident, pourquoi surviendrait-il, au bout de quelques mois, ou de quelques années, une réminiscence de cet accident, réminiscence qui passerait tellement à l'état d'idée fixe qu'elle engendrerait une monoplégie ou une hémianesthésie ?

Cette supposition est invraisemblable ; et si l'auto-suggestion est acceptable dans les cas où les paralysies sont directement consécutives au traumatisme, évidemment elle ne saurait l'être dans les cas contraires.

Autre argument tiré de l'absence de corrélation absolue entre le siège du traumatisme et celui des phénomènes hystériformes. En effet, en supposant même que l'on puisse admettre la théorie de l'auto-suggestion quand il s'agit d'une monoplégie ou de phénomènes parétiques quelconques ayant atteint le membre traumatisé lui-même, comment pourrait-on l'admettre quand il s'agit d'une paralysie se fixant, non pas sur la région qui a subi le traumatisme, mais sur toute autre plus ou moins éloignée ? — Et qu'on n'aille pas m'objecter que ce n'est là qu'une hypothèse, une simple supposition émise pour les besoins de la cause ! Un certain nombre d'observations, soit de M. Berbez, soit de M. Guinon,

démontrent la réalité de ce fait. Je n'en cite qu'une : un homme a la main et le bras droits fortement contusionnés. Toute son attention devrait être attirée sur ces points-là, et s'il suffisait que son esprit fût concentré et absorbé par l'idée d'impotence fonctionnelle d'un membre pour y réaliser une monoplégie , c'est à coup sûr dans le membre traumatisé que devrait surgir ce symptôme. Eh bien ! pas du tout : ce n'est pas la main ni le bras contusionnés qui présentent les phénomènes paralytiques, mais c'est la hanche et le genou, qui étaient pourtant sortis indemnes de l'accident.

Il est donc impossible d'admettre une suggestion imposant au sujet l'idée d'une monoplégie dans un membre étranger au traumatisme, membre sur lequel son esprit ne doit pas être attiré, puisqu'il est fixé sur la région traumatisée. C'est cette région, c'est ce traumatisme qui l'absorbe tout entier, et par un phénomène singulier, c'est une autre région toute différente, quelquefois même éloignée, qui réalise les symptômes de l'hystéro-traumatisme !

En un mot, si l'on s'en rapporte à la théorie de l'auto-suggestion, il semble qu'il devrait toujours exister un rapport étroit, une corrélation rigoureuse entre le siège du traumatisme et la région paralysée ; et que la monoplégie devrait toujours se fixer là où le traumatisme lui a en quelque sorte assigné sa place. Eh bien, il est facile de se convaincre que les faits sont loin de donner toujours raison à l'hypothèse de M Charcot.

De plus, si les phénomènes paralytiques n'étaient que le résultat d'une spéculation de l'esprit, d'une suggestion, une suggestion nouvelle en sens contraire devrait effacer tous les symptômes et les faire disparaître entièrement. Or, M. Charcot lui-même a reconnu qu'il n'en est pas toujours ainsi, et qu'au contraire, il est le plus souvent très difficile par la sug-

gestion de venir à bout des monoplégies hystéro-traumatiques. D'ailleurs, ce qui le prouverait encore, c'est la ténacité des accidents dans la plupart des cas, et leur résistance à l'égard de tous les moyens employés contre eux.

Et ce n'est pas seulement dans le sommeil hypnotique, à l'aide d'une nouvelle suggestion, que l'on devrait pouvoir obtenir la disparition de la paralysie, ou, si l'on veut le retour à la motilité. Mais ce retour au mouvement, cette réintégration de la faculté *motilité* devrait aussi se réaliser, inconsciemment cette fois, dans le sommeil physiologique.

En effet, s'il était exact que l'inaptitude au mouvement ne fût que le résultat d'une sorte de renoncement de la volonté, l'état de sommeil naturel, qui abolit la volonté, devrait permettre la réhabilitation — involontaire il est vrai — de la faculté du mouvement. Et alors le sujet devrait, dans l'agitation du sommeil, mouvoir son membre paralysé comme les autres.

Par contre — bien que je n'aie aucune donnée à ce sujet — il me semble que l'hémiplégique par hémorragie ou par ramollissement du cerveau doit être incapable, dans le sommeil comme à l'état de veille, de faire aucun mouvement avec ses membres paralysés.

Eh bien ! après avoir été témoin de monoplégies chez des hystéro-traumatiques, je trouve que les caractères de ces monoplégies se rapprochent tellement de celles des apoplectiques, qu'elles sont tellement semblables les unes aux autres, que je les crois les unes et les autres tenaces, rebelles, insurmontables en un mot, aussi bien à l'état de sommeil qu'à l'état de veille.

En résumé, je ne puis croire que, pendant son sommeil, l'hystéro-traumatique soit capable de mouvement avec son membre malade, et cependant cela devrait être si la suppres-

sion du mouvement n'était que le résultat d'une auto-suggestion.

Bien plus, je suis intimément convaincu, quoique je n'aie pas plus de preuves à l'appui de ceci qu'à l'appui de ce qui précède, je suis convaincu que les mouvements irréfléchis, automatiques, les mouvements qui se font en l'absence de toute espèce de volition, — je dirais presque les mouvements qui se font avec la moelle plutôt qu'avec le cerveau, — en un mot que les mouvements instinctifs sont interdits au bras paralysé d'un hystéro-traumatique, comme à celui d'un apoplectique. Supposons, par exemple, que P... le malade de M. Charcot, ressente, au moment où il ne s'y attend pas, une vive douleur à la main droite qui est seule intacte dans tout le membre supérieur.

Croit-on qu'il pourrait relever son bras brusquement, comme il ne manquerait pas de le faire du côté gauche qui est intact, pour échapper au contact de l'agent qui lui cause cette douleur ?

Je ne le pense pas, et pourtant si l'hypothèse de l'auto-suggestion était exacte, ce mouvement qui échappe à la domination de la volonté devrait être possible, il devrait se faire malgré le sujet.

En somme, l'auto-suggestion est incapable de rendre compte de tous les phénomènes sensitivo-moteurs observés. Et alors comment expliquer ces phénomènes ? Or il me semble, comme je l'ai déjà dit, que les lésions de l'anatomie pathologique suffiraient à fournir cette explication. La localisation des désordres fonctionnels imprimés au cerveau par le traumatisme donnerait la raison des troubles observés dans l'organisme ; suivant que tel ou tel centre moteur ou sensitif serait altéré, on noterait des perturbations dans la fonction qui tire son origine cérébrale du centre intéressé.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

BRODIE. — Lectures illustratives of certain local nervous affections. London, 1837.

— Various forms of local hysterical affections, 1837.

COULSON. — Hysterical affections of the hip joint. London, 1851.

Angelo MINICH. — Della coscialgia nervosa. Venise, 1873.

VEYSSIÈRES. — Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale, 1874.

CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux.

— Leçons du mardi à la Salpêtrière.

DURET. — Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux. Paris, 1878.

GRASSET. — De l'action œsthésiogène des vésicatoires. Montpellier, 1880.

— Leçons sur l'hystéro-traumatisme, 1887.

LANGLET. — Paralysie saturnine, anesthésie partielle ; application d'aimant, retour de la sensibilité. Rev. du Nord-Est, 1880.

DEBOVE. — Note sur l'hémiplégie saturnine et son traitement par l'application d'un aimant. Paris, 1880.

PROUST et BALLET. — Communication au Congrès d'Amsterdam sur l'action des aimants chez les hystériques, 1880.

BALLET. — Le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les cas de lésions cérébrales. Paris, 1882.

BETCHEREW et STARR. — Ueber die Localisation der Hautsensibilitat, 1883.

(1) Dans sa thèse sur les *Agents provocateurs de l'hystérie,* M. Georges Guinon a rassemblé en un Index bibliographique très complet tous les ouvrages et articles divers ayant trait à l'étiologie de l'hystéro-traumatisme. Il m'a donc paru inutile d'en refaire ici l'énumération. Je me suis contenté d'indiquer les publications qui avaient été laissées de côté par M. Guinon comme ne se rapportant pas directement à son sujet, et j'y ai ajouté les travaux qui ont paru depuis février 1889.

STARR (Allen). — Cortical lesions of the Brain. Americ journal of the med. Soc. 1884.

G. M. BEARD. — Die Nervenschwache (Neurasthenia). Leipzig, 1883.

ROSS. — Distribution of anesthesia in cases of disease of the branches and of the roots of the brachial plexus. Brain, 1884.

LOBER. — Paralysies, contractures, affections douloureuses de cause psychique. Thèse d'agrégation, 1885.

DUBRUEIL. — Leçons de clinique chirurgicale. Montpellier, 1885-1889.

Archives de Neurologie, depuis 1886.

BERBEZ. — Traumatisme et hystérie. Thèse de Paris, 1887.

KIRMISSON. — Nouveau cas d'hystéro-traumatisme, 1887.

OPPENHEIM. — Die traumatischen Neurosen. Berlin, 1889.

SANCTIS. — Nevroasthenia da trauma. Giorn. Intern. d. sc. med.

TODD. — Traumatic hysteria, 1888.

WOLFF. — Ueber Railway-Spine. Deut. med. Zeit. Berlin, 1888.

G. GUINON. — Les agents provocateurs de l'hystérie. Th. de Paris, 1889.

BEEVOR. — Traumatic hysteria. Brit. med. Journ. 1889.

BITOT ET LAMARQUE. — Un cas d'hystéro-traumatisme. Bordeaux, 1888.

HAMMOND. — Hystérie traumatique. New-York, neurol. Assoc. 1889.

ROUGIER. — De l'hystéro-traumatisme. Th. de Paris, 1889.

BRUNI. — Coxalgie et hémiplégie hystériques. 2e Congrès italien, 1889.

DUPLAY. — Leçon sur les traumatismes cérébraux.

LUYS. — Action psychique des aimants. Soc. de Biol., mars 1890.

SÉRIEUX. — Choc nerveux local et hystéro-traumatisme, 1890.

WIGLESWORTH. — Localisations cérébrales. Journ. of mental sc. 1890.

RUMPF. — Contribution à la pathologie des centres corticaux moteurs. Congrès des neurol. allemands, 1890.

BERNHEIM. — Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Paris, 1891.

CONCLUSIONS

1° L'hystéro-traumatisme est une névrose à part, très proche parente, mais distincte de l'hystérie vraie.

2° Elle reconnaît pour cause essentielle le traumatisme ; la prédisposition n'a qu'un rôle accessoire, et, dans la plupart des cas, on n'en trouve aucune trace.

3° Au point de vue de l'anatomie pathologique, il est vraisemblable de supposer que les phénomènes nerveux de l'hystéro-traumatisme sont dus à des altérations dynamiques, bien localisées, du cerveau.

4° Si l'on admet l'existence d'altérations cérébrales parfaitement localisées, les troubles paralytiques et anesthésiques s'expliquent par le seul fait de la localisation de ces lésions dans les centres moteurs et sensitifs des organes qui sont atteints.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 10 janvier 1891.
Le Recteur de l'Académie,
H. GÉRARD.

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 10 janvier 1891
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !